

APLIKACIJA ZA DJEČIJU MEDICINSKU POMOĆ

APPLICATION FOR CHILDREN'S MEDICAL BENEFITS



Ova aplikacija je samo za medicinsko pokriće djece i maloljetnika ispod 19. Bilo ko može aplicirati za dijete. Djeca mogu aplicirati u svoje ime. **Licu navedenom u odjeljku 1. ćemo poslati dodatne informacije.** Ako imate pitanja ili trebate pomoći u ispunjavanju ovog formulara, samo pozovite 1-877-543-7669. Rado ćemo vam pomoći.

Molimo pište štampano u crnom ili plavom mastilu. Nemojte koristiti olovku. **(Navedite roditelja, staratelja ili kontakt osobu koja će primiti dodatnu informaciju)**

1. IME	INICIJAL SREDNJE IMENA	PREZIME		
2. ADRESA GDJE ŽIVITE	ULICA	GRAD	DRŽAVA	POŠTANSKI BROJ
3. POŠTANSKA ADRESA (AKO JE DRUGAČIJA)		GRAD	DRŽAVA	POŠTANSKI BROJ
4. TELEFON BROJEVI KUĆNI () POSAO () PORUKA ()	5. Imate li poteškoće u govoru, čitanju ili pisanju engleskog? Koji jezik ili alternativni format trebate _____ Treba li vam prevodilac? (Ako vam treba, mi ćemo vam pomoći preko prevodioca). Koji jezik govorite? _____ 6. Ima li dijete ispod 19 medicinsko stanje koje odmah zahtjeva ukazivanje pomoći? Je li iko u pokućstvu trudan? Ako "da", ko? _____			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne			

Opšta informacija

7. Navedite članove porodice koji **žive skupa**. (Ako je potrebno, prikačite odvojen list papira da navedete još članova porodice).

IME (IME, SREDNJE IME, PREZIME)	POL M ili Ž	SRODSTV O	DATUM RODJENJA (MJ/DAN/GOD)	BR SOCIJALNOG OSIGURANJA *=PO IZBORU	SAD DRŽAV LJANIN DA NE	MJESTO RODJENJA (GRAD/DRŽAVA)	POPUNITE AKO DIJETE Nije DRŽAVLJANIN SAD	NAVEDIT E DATUM DJETETO VOG DOLASKA U SAD.	IMA LI DIJETE SPONZORA? DA NE
A. Roditelj, Staratelj ili osobno				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
B. Supružnik ili drugi roditelj (Ako žive u kući)				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
C. navedite djecu i maloljetne ispod 19 (koji žele medicinsku pomoć)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. Navedite druge osrasle/djecu u kući (koji žele medicinsku pomoć)				*			Napomena: Molimo zakačite bilo kakav dokumenat koji pokazuje status djeteta.		
				*					

8. Je li dijete ispod 19 u vašem pokućstvu invalid? Da Ne Ako "Da", ko?

Troškovi Ova informacija može pomoći vašoj djeti da se kvalifikuju.

9. Plaćate li za čuvanje djece dok ste na poslu? Da Ne Ako "Da", koliko mjesечно? \$
Plaćate li nekome da brine o odraslotm invalidu članu obitelji dok ste na poslu? Da Ne Ako "Da", koliko mjesечно? \$

10. Plaćate li sudske određene alimentaciju za dijete koje ne živi u vašem domu? Da Ne Ako "Da", koliko mjesечно? \$



Prihod Unesite NETO platu (prije taksi i troškova)

(Molimo zakačite dokaz prihoda)

11. IME I BROJ TELEFONA POSLODAVCA RODITELJA DATUM POČETKA: ()		DRUGI PRIHODI U POKUĆSTVU	IZNOS PRIMLJEN U PROTEKLIH 30 DANA	KOJI ČLAN PORODICE ZARADUJE OVAJ PRIHOD?
		15. DJEĆIJI DOHODAK	\$	
12. Iznos koji ste primili u zadnjih 30 dana prije oduzimanja taksi i troškova: \$		16. ALIMENTACIJA	\$	
Koliko je od tog iznosa iz samo-zaposlenja* \$		17. NAPLATA SOCIJALNOG OSIGURANJA	\$	
13. SUPRUŽNIČKI(ILI DRUGOG RODITELJA KOJI ŽIVI U KUĆI) POSLODAVAC-IME I BROJ TELEFONA DATUM POČETKA: ()		18. BENEFICIJE NEZAPOSENJA	\$	
		19. ULAGANJE/PRIHOD KAMATE/DIVIDENDE	\$	
		20. VETERANSKE BENEFICIJE	\$	
14. Iznos koji je vaš supružnik (ili drugi roditelj koji živi u kući) primio u proteklih 30 dana prije taksi i troškova: \$		21. RAD I DJELATNOSTI	\$	
Koliko je od tog iznosa iz samo-zaposlenja?* \$		22. VOJNO DODJELJIVANJE	\$	
*Ako ste vi ili vaš supružnik(ili drugi roditelj koji živi u kući) samozaposleni, možete dobiti druge dedukcije. Molimo pozovite 1-877-KIDS-NOW za više informacija ili pomoć za apliciranje.		23. DRUGO (Molimo navedite):	\$	
		24. Treba li vam pomoći da platite neplaćene medicinske račune – u protekla 3 mjeseca – za bilo koje od djece za koje aplicirate? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako "Da",* molimo pošaljite kopije ukupnog prihoda u pokućstvu za mjesec koji želite da ramotrimo.		

Informacija o zdravstvenom osiguranju. Recite nam o bilo kojem zdravstvenom osiguranju koje vaša **djeca** već imaju.

25A. Ima li jedno dijete za koje aplicirate zdravstveno osiguranje? Da <input type="checkbox"/> Ne	25B. Ako "Da", da li to osiguranje pokriva doktora, bolnicu, rendgen(radiologija) i usluge laboratorije? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	26A. Da li su vaša djeca bila pokrivena osiguranjem poslodavca u protekla 4 mjeseca? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	26B. Ako "Da", da li je glavnica koštala manje od \$50 mjesечно po članu porodice? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
27. Ako ste obilježili "Da" bilo koje od gornjih pitanja (25 A ili B ili 26 A ili B), molimo navedite ime osiguravajuće kompanije ili poslodavca koji je obezbijedio zdravstveno osiguranje za vašu djecu.			
OSIGURAVAJUĆE DRUŠTVO ILI POSLODAVAC	BROJ POLISE	IME NOSIOCA POLISE	BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA NOSIOCA POLISE (NEOBAVEZNO)

Dječja rasa/etničko porijeklo(Dobrovoljna informacija)

Tražimo da nam dobrovoljno kažete rasu ili etničko porijeklo vaše djece. Ova informacija neće se uzimati u obzir u razmatranju za podobnost.	<input type="checkbox"/> American Indian ili Alaskan Native <input type="checkbox"/> Hispanac ili Latino <input type="checkbox"/> Belac <input type="checkbox"/> Drugo:	<input type="checkbox"/> Azijac <input type="checkbox"/> Native Hawaiian ili drugog Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Crnac ili Afroamerikanac <input type="checkbox"/> Native Hawaiian ili drugog Pacific Islander
Discriminacija je zabranjena u svim programima i aktivnostima koje vodi Služba za zdravstvenu i socijalnu pomoći. Niko neće biti isključen iz ovih programa i aktivnosti po osnovu rase, boje, porijekla, političkih ubjedjenja, nacionalnog porijekla, religije, starosti, pola ili invaliditeta.			

Pažljivo pročitajte prije potpisivanja.

Ova aplikacija je jedino za medicinske beneficije djece. Ako iko u vašoj porodici vać prima, ili bi želio da aplicira za keš beneficije, osnovnu hranu ili druge beneficije, molimo kontaktirajte vašu lokalnu SHS Kancelariju za Community Services (CSO).

- DSHS može od vas tražiti da dokažete informacije koje im dajete da vide jeste li podobni. Možete tražiti od DSHS pomoći u pribavljanju dokaza.
- Vašu informaciju mogu pregledati druge državne ili federalne agencije. Ova informacija se NEĆE dijeliti sa Službom za imigraciju i naturalizaciju (INS).
- Tražeći i dobivši beneficije zdravstvene pomoći, dajete državi Vaćington sva prava na bilo kakvu medicinsku pomoći i plaćanje zdravstvenih usluga od treće strane.
- DSHS može dijeliti istoriju vakcinacija vašeg djeteta sa Sistemom za praćenje vakcinisanja djece.

DEKLARACIJA I POTPIS: Pročitao sam i razumio informaciju u ovoj aplikaciji. Izjavljujem, pod kaznom za krivokletstvo, da je koliko ja znam, informacija koju sam dao u ovoj aplikaciji istinita, ispravna, i potpuna.

POTPIS PODNOSIOCA	DATUM
-------------------	-------

Kako da dostavite

POŠALJITE NA: Department of Social and Health Services
PO Box 45531
Olympia, WA 98504-5531

ZA POMOĆ: Ako vam treba pomoći ili imate pitanja, molimo pozovite 1-877-543-7669.